

## 5) 米国厚生省 “Caring for Our Future:The Content of Prenatal Care” に関するパネルディスカッション

日時：平成3年6月28日（金）14:30～17:30

場所：東京女子医大弥生記念講堂 A会議室

出席者

氏名	所属
本多 洋	三井記念病院産婦人科，日本母性保護医協会
武田 佳彦	東京女子医大産婦人科
斎藤 良治	弘前大産婦人科
西島 正博	北里大産婦人科
木下 勝之	埼玉医大総合医療センター産婦人科
池之上 克	宮崎医大産婦人科
中林 正雄	東京女子医大母子総合医療センター母性部門
山口 規容子	東京女子医大母子総合医療センター小児保健部門
仁志田 博司	東京女子医大母子総合医療センター新生児部門
坂田 寿衛	日本大産婦人科
是沢 光彦	神奈川県立こども医療センター周産期科
岡井 崇	東京大産婦人科
小林 隆夫	浜松医大産婦人科，国立東静岡病院産婦人科
前田 博敬	九州大産婦人科
高木 耕一郎	東京女子医大母子総合医療センター母性部門
上妻 志郎	東京大産婦人科
松浦 享	秋田大産婦人科
奥山 和彦	北海道大産婦人科
岸田 達朗	北海道大産婦人科
遠藤 力	福島医大産婦人科
村上 雅義	国立循環器病センター
大沢 文子	日赤武蔵野女子短大専攻科
入内島 明美	三楽病院付属助産婦学院

武田：定刻を少し過ぎましたのでそろそろ本多班の班会議を始めさせていただきたいと思います。最初に本多先生にご挨拶をいただいてから今日のディスカッションの手順をご相談してディスカッションに移りたいと思います。では、本多先生、どうぞ。

本多：実は、今回の厚生省の心身障害研究ということで「妊娠の異常発現予知とその対策に関する研究」これは従来武田先生のご提案で3年やってきて、今年がその3年目ということで理解していたわけでございますけれども、突然に今年、武田先生が新しい厚生省の研究班のほうの主任研究者にお移りになったわけでございます。要するにヘッドハンターに引掛かっちゃったということでございますので、この研究班で幹事をしているらしい岡井先生の悪巧みを申しませうか、今年、1年分の名義人といませうか、そういうものに私がなれということでございますので本日のご通知も大変おこがましいことございましたけれども、武田先生と連名で私の名前で招集させていただきました。もちろん、これは私、あくまで名義人という言い方ではございますが、一生懸命にお世話はさせていただこうと思ひますが、今まで3年、武田先生に一生懸命に御世話をさせていただいたわけですので、そのまとめをすることです。幸いにしてこの3年目の成果というよりも従来の武田先生のご計画で順調に進んでいるということでございますので、最後のところをまとめるということをしていただくつもりでございますので、ひとつ何分よろしく願ひいたします。

厚生省の研究班の班長なんて努める柄じゃございませぬけれども、ま、東京におりまして動かしやすいということなんでございませう。ひとつ皆さん方よろしくご協力のほどを願ひいたします。

本日の次第はもう武田先生が最初からアレンジされたことでございますので、よろしく願ひ

いたします。

武田：それでは、今日の議題についてお話を申し上げますと、昨年の本研究会でCaring for Our Future:the Content of Prenatal Care というアメリカの米国厚生省の専門家グループがまとめました妊娠の妊婦検診も含めまして健康診査と申しますか、ヘルスケアと申しますか、をまとめたものでございます。大変、有益なように拝見いたしましたので昨年度末の班会議でお図りいたしました、お三方にこれをまとめていただきまして、それぞれのパートをまとめてご解説をいただいてそれをもとにしてわが国の妊婦検診はどうあるべきか、妊婦検診というよりももう少し幅の広い、maternal health careという面にまで広げていただきたいと存じますが、そういうことで本日のパネルディスカッションを企画したわけでございます。

講師をお願いいたしましたのは東京大学の岡井先生、九州大学の前田先生、本学の高木先生のお三方でございます。それぞれにテーマがございまして、岡井先生は主としてpreconception careです。妊婦前の母体管理ということが中心のお話でございますし、その次に高木先生に妊婦検診、正常な妊婦検診についてのアメリカの考え方をお話いただく。最後にハイリスクな妊婦に対する管理のアメリカの現状と申しますか、recommendationを前田先生にお話いただくという順番でお話を頂戴いたしたいと思ひます。大体お一方30分ぐらいお話いただきまして、あとは15分ばかりそれについて討論をいたしまして、最後に時間が余りましたら総合的な討論をさせていただくと大変ありがたいと思っております。これは班会議でございますので、非常に活発なご意見ができませんと班会議をやった意味がないので、ぜひ活発なご討論をいただきたい。もし、討論の時間が延びるようでしたら延びてけっこうでございますのであまり時間にこだわらずに少し討論のほうに力を入れていただきたいと思ひます。そういうことで私ども大

学で一緒にやっている仲間で新生児をやっている仁志田先生と、それからあとのfollowupやっております山口先生にもご出席を無理をお願いいたしました。快く引き受けていただきまして今お二人がご出席でございます。あとは班員のメンバーでございますので先生方よくご存じと思いますから特別な自己紹介はいたしませんので、どうぞ自由にご発言をお願いいたします。

それでは、最初に岡井先生からpreconception careついて、タイトルといたしましては、risk assessment:preconception care の2つの章でございます。元々の原文も皆さん方にお渡しすればよろしかったのですが、本多班の先生方には全部コピーして差し上げたのですが、あとの方にはコピーはございません。それで、岡井先生はスライドをご用意いただきました。前田先生と高木先生はプリントを用意していただきましたので、それをご参照いただければと思います。話の順序は岡井先生、最初に喋っていただきますが、その次に、この内容を理解していただくために非常に大事だと思われまます付録があります。付録のAでcriterion for evaluate of evidence on the effectiveness of prenatal intervention というクライテリアが書いてあります。それを前田先生にお話いただきます。前田先生がお話いただいた後で次に高木先生と、前田先生のお話をいただくという順番にいたしたいと思います。

それでは、岡井先生、どうぞよろしくお願いたします。

岡井：武田先生のほうからご紹介いただきましたが、私、このレポートの中でrisk assessment という章と、preconception careという2つの章を担当することになりました。私の担当したところは2つとも総論的な話でございましてrisk assessmentとはなんぞやという概念的な話とか、そういうようなことに大体記載が集中してまして、あまり具体的、特に医学的な意味での内容はほとんど新しいものはないということでございますが、私、

読ませていただけて簡単に内容をまとめさせてもらったものを発表したいと思います。

スライド

このレポートによりますと risk というものは medical riskとpsychosocial risk に分けられる。relative risk, attributable risk, この2つに分けるという考え方なんです。こちらが当然のことですけれども、医学的な問題と心理社会的な問題ということですが、この2つは明瞭にいつも区別されるものではなくてお互いに相互に関連がある。例えば切迫早産で非常に厳しいベッドレストを強いられたような場合には心理学的な意味でのストレスのようなものが加わって、またそれが逆に医学的なほうに問題を起こすというようなこともあるだろうというようなことも出ていましたし、例としては高年初産というようなものはmedical だけじゃなくて、こちらのリスクも抱えていることが多い。そういうようなことが書かれておりました。

この分類というのはrelativeですけれども、relative risk というのは何か病気を持っている場合に、そういう病気がない人と比べてよくない妊婦の予防というようなものが起こる確率が高い、どれぐらい高いかという評価をするときにこういう言葉を使う。attributable risk というのは、あるグループのポピュレーションの中でそういう病気を持っていることが全体の予後が悪いというもののうちのどれぐらいを占めているかという考えに立った場合の考え方。ですからその病気をもっている人が妊娠して子供を持つということがなくなればどれだけその予後が改善されるかというような、そういうような考え方でやるものであるということが書かれておりました。

スライド

risk assessment というのは対象となっている妊娠した婦人と、その子供と家族に対して行われるということと、history を完全に理解し、完全なphysical examinationと、検査というようなも

のを通して行われる。やられる期間というのは、ここにありますが本来ならばここで妊娠前からやるべきである。もう一つここで強調されているのは出産までの間に状況がどんどん変わりますので継続的にアセスメントをしていかななくちゃいけない。それによって方針もどんどん変わっていくし、妊婦検診なら来てもらう回数だとか、そういうようなこともその度ごとに新たに設定していくというようなことが必要になってくると書かれていました。もう一つ、ここ抜けていますけれども、これは必ずしもいわゆる妊婦検診のクリニックだけで行うものじゃなくて、状況によっては妊婦さんの家庭に行く。visiting nurseですが、そういう人が行くとか、あるいはケースワーカーみたいな人が別の場所でそれぞれ行くということもあるということでございます。

スライド

ここでいうrisk factor というのは必ずしもその病気に先行したり、原因となるものである必要はないということです。単にriskが上がるマーカーであればよろしい。それを少し説明しているのはそういう予後の悪いようなことが普通よりも高い頻度で起こるというようなことを総括的にidentifyできるようなものであればそれはriskと考えてrisk factor と考える。例えばここに出ているのは、高校をちゃんと卒業していない婦人はlow birth weight infant を産む頻度が高い、それは高校を卒業していないということは直接にlow birth weight infant の出産というものとは繋がらないけれども、そういう人達にはsmokingの頻度が高い。従って結果的に妊娠予後が悪くなる頻度が高くなってくる。そういうようなものもそれで括っしまえばこういうふうにはidentify出来るんだということですから、それはrisk factor の一つであると書かれております。medical risk factorに関してはここでは五つに別けてはいますが、genetic factors, 栄養体型的な特徴、妊娠前の病気、reproductive history, specific

pergnancy condition(これはあとで一つずつ出てきます)です。それぞれについて非常に細かく具体的にこういうものはリスクが高いとか、そういうような記載はございません。ちょこちょこ例をあげて書いてあるというだけです。

スライド

genetic factors に関してここに記載されてあることは、一つのchromosomal abnormalities に関しては、児を失うことと、ハンディキャップを持つような子供が多いというようなこと。劣性遺伝では出生後のabnormalityが多い。これに対するrisk factorとして民族学的な問題とか、family history, maternal age, この三つが重要であるというふうには書かれていました。

スライド

二つ目の栄養とか、体型の問題に関しては、出生時の体重と関連があるものとして、身長に対する妊娠前の体重、妊娠中の体重増加、カロリーをどれぐらい取ったかということが関連があると書かれているんですが、その後にしかしながら、まだまだ不明瞭な点が多くて、例えば日本のようなそんなに貧困ではない国でカロリーインデックスがどれだけ胎児の体重に影響するかに関してはuncertainである。非常に貧困で全然食べられないということであれば大事なんだけれども、当たり前かと思えますけれども、高い。ビタミンの補給に関してどれぐらい胎児の発育に影響を及ぼすかということでこれもuncertainである。ちょこちょこっとそういう事項を紹介しているぐらいであまりきちっとまとめて書いてあるという記述ではないんですが、内容はこういうことで書かれていました。

スライド

次が妊娠前の病気ですけれども、妊娠以前からある病気。ここに書いてあるのは最もcommonなものとしてhypertension, diabetes, anemia. それから、psychiatric disorders この四つがあげられています。それぞれに関してほとんど具体的

なことは書かれていません。

スライド

reproductive historyに関しましては、前の妊娠の予後というものが非常に重要である。例としてpreterm deliveryというものを予測する一つの項目で最も良いのは、前にpreterm deliveryを経験したということであるということを経験にあげて、前回の妊娠の結果というものは次の妊娠でおなじことを繰り返すというがかなり起こりやすいことなので、とても大事であるということが書かれています。後は15歳以下と40歳以上、もう一つ非常に短い間隔ということですが、これは何ヵ月という数字が出ていなかったのですが、他のところでちょっと調べたら6ヵ月という数字だったんですが、6ヵ月以内に次の妊娠をすると予後が悪いらしいです。もう一つは、パリティーに関してはsecond pregnancyが一番予後がいいということとはどこのデータでも出ているということが書いてあります。もう一つ、例としてこの中でいるんな事象が前のことが非常に次の妊娠の結果に関連しているということですが、artificial abortionに関してはそれ自体では全然関係ないというデータがあるということも書かれております。

スライド

specific pregnancy condition hazardsというのは、これこそ我々の専門のところなんでちょっとこと書いていたことを紹介してもしようがないから、ただ項目だけ並べてみたんですが、妊娠中毒症、糖尿病とか、血液型不適合、多胎、フェニルケトン尿症と鎌球状赤血球貧血、胎盤異常、胎児の大きさとか、ポジション、cervixの状態、骨盤だとか、子宮とか、そういうものの問題とかinfection、奇形が含まれている。infectionのところもrubella から始まってずっといろいろな問題に係わっているような病原菌が書かれているんですが、一つずつについて細かい記述はありません。

スライド

二つ目の分類に入りますpsychosocial risk というのは大きく三つに別けて考えるというふうに書かれています。socio-economic situationとpsychological factors それからadverse health behaviors、これは例のドラッグとか、そういう問題、タバコを吸うとか、お酒飲み過ぎるとかいう問題というふうに三つに別けて考えると書いています。最初のsocio-economic situations に関しては、純粋にeconomicな状況よりも、こちらのほうを重視するような傾向にある。職業と教育のレベル、この2つを使ったsocial position index というようなものが使われるらしいです。あとその他にも住居環境とか、仕事の量だとか、結婚している状態だとか、栄養の問題などを含むんだということでございます。それぞれについては具体的な記載は述べられていません。

スライド

psychological factors についてはこういうものがある。お母さんをサポートするネットワークが乏しいとか、強いストレスがある。情緒的な病気がある。ambivalence(憎しみと愛情の二重感情)すなわち妊娠に対して喜びと不安、そういうようなものがあるということなんでしょう。これもエモーショナルな問題かもしれません。

仁志田：(ambivalenceとは) 妊娠に対してまだ気持ちが決まってないとか、希望してないとか、不安を意味する。

岡井：そうですね。妊娠そのものに対してなんかそういう……。次のadverse behaviors、先程いいましたように、ドラッグ、不法のドラッグ、コカイン、opiate、他の向精神薬、喫煙、alcoholism に関しては、出産死亡率が高いとか、低出生体重量とか、母親の死亡もあるとか、いろいろ書いていますが、大体一般的な内容です。アルコールに関しては沢山飲むのはまずいのは分かっているけれども、minimal からmoderateの飲酒に関してその影響がどうであるかということについてはuncertain で今、検討している。以上のことで

risk assessment のところのサマリーとして、アセスメント等が続けていく必要があるということ、medical だけでなく psychosocial な risk に対してもちゃんとアセスメントしていかなければいけないということ、preconception、妊娠前からやるのが本当はいいんだ、しかしながら妊娠して初めて出てくるような問題点というものもあるから、そちらも妊娠中のあれも大事だというようなサマリーがついていました。ここのところは日本とアメリカの違いがだいぶ出ている。こういうところは日本とあまり問題にならないかも知れませんが、あと精神的な問題に関して僕らはここで書かれている重みからみるとかなり軽視している、日頃の妊婦検診で軽視しているんじゃないかなということを感じました。

スライド

次は preconception care、このことは私自身実は興味があったんです。私、今、日母の幹事やっていますけれども、日母の研修委員会のほうを担当しているんですが、そこで毎年の研修テーマを決めるというのがありまして、2年ぐらい前にアイデアとしてやったらどうかというのを言ったんですけれども、残念ながら通らなかつたんですが、まだ、そういう機運には日母もなっていないと思われそうですけれども、これから大事なんじゃないかと考えている次第です。これは当たり前のことなんですけれども、目的は妊娠前に健康であることを確認するというのと、妊娠前に病気だとか、悪い癖みたいなものは全部治しておこうということであって、それはどういう意味があるかということ、要するに妊娠の時の健康というのは妊娠前の健康でできてくるということと、ここにあるのは診断をつけたり治療したりするのが妊娠前のほうがより効果的であるということです。これは当然のことで例をあげたらきりがありませんけれども、ここにもちょこちょこ出ていたのは糖尿病などは妊娠してからコントロールするよりも妊娠前にちゃんとコントロールしてくださいとか、皆

さんご存じの当たり前のことです。そういうような話です。

スライド

preconception care のコンポーネントとしてこういう三つがある。risk assessment、これは今やったんですが、health promotion、こちらは治療したりということですから、一つひとつちょっとまとめてみました。

スライド

risk assessment に関しては今とほとんど同じことがかかっているんですけども、一般的な健康の問題と individual social condition、これが例えば肥満だとか、special diet だとか、職業のこととか、家の問題だとか、economic status、みんなここに入ってくる、そういうものを見ておきなさい。日本でも考えるとすれば、preconception にやっておいたらいいのは骨盤のレントゲン写真を撮ることですね。妊娠してる場合はお産の前というようなことで撮るわけですけども、そういうリスクがある人は妊娠前に撮っておくことがいいだろう。ここに入る。これはさっき言ったタバコ吸っているとかそういうことですね。これは普通の糖尿病があるとか脳血栓があるとか、この辺に関しては僕らはもう一生懸命にやっていることです。もう一つ、ここの中では、immunity status というような表現で出てくる場所があるんですが、日本の状況だと、例えば風疹などの抗体があるとかないとかいう検査は妊娠の前にやっておいたほうがもちろんいいだろうということを感じました。あと、こちらで、これも妊娠した患者さんが来られて相談受けたりするのは東大病院なんかだと実験室に勤めていて放射線物質を扱っているんですけども、大概妊娠してから来ますよね。妊娠前にそういうことの問題点あるいは解決法というのをきちっと指導してもらって、それから妊娠するほうがいいということになると思います。

スライド

health promotionというのはここに書いてあるようなことをやるんだというふうになっているんですが、safer sex, spacingというのは妊娠の間隔をあけることだろうと思うんです。この中にはcontraception も入ってくる。social program, 向こうはこういういろんなプログラムが多いです。日本にもあるのかもかもしれないんですけども、日本ではあまり活動してないように思いますけれども、職業訓練だとかそういうものを含む。それによって場合によっては妊娠しないていくというようなこともあり得るようなことだろうと思います。over the counter medication これはちょっと意味が分かりにくいんですが、たぶん薬だけポンポン貰っているということですね。そういうことに対するアドバイスをする。今言ったenvironmental hazards に対するインフォメーション。これがhealth promotionであるというふうに書いています。

#### スライド

interventionについては、ここは順番に書き出してあるだけなんですけど、infection とか病気をとにかくtreatment する。chronic disease で薬なんかずーっといっている場合にteratogenic なriskというものを減らすような形で修正していくとか、それから予防接種をやる。さきほどから出ていますけれどもbehaviorを改める。ここではエイズに関することも書かれています。栄養の問題とか、こちらがsubstance abuse, これはdrugの問題だろうと思いますが、drugに関してはtreatment program のようなものを紹介する。psychosocial riskについてhome visiting をする。あとはfinancial assistanceとかsocial serviceを提供する。あとはhealth careとかいろいろcommunity mental health centerとか、そういうものがいろいろ向こうにいっぱいあるらしいですが、そういうようなところに紹介するとか、あとはfamily planningのほうのcontraception のほうも指導するということがあるかもしれません。

#### スライド

そういうものはどこで行われるかということについて、ここで書かれているのはいろんなところでやらなくちゃいけないという趣旨なんです。primary care settingで産科医だとか、看護婦、助産婦、family doctor, 内科医とか小児科医とか、みんなでとにかくやりましょう。あとはどこでもできるfamily planning clinicでも出来る。high risk pregnancy clinic でもできる。そのほかとにかく女性の健康に関するセッティングではどこでも出来るというようなことで書いてあります。ここのところがサマリーと一緒にいるのですが、preconception というのはやるほうがいいに決まっている。やらなくちゃいけないだけでも実際に今まで少しそういうようなことを調べてみると、そういうケアを受けなくてはいけない人達というのが一番そういうところに相談にこないグループなんで、それは困ったというようなことが書かれているのと、あとはこのケアの中で男性側ではmale partnerに関してのことを入れていかななくちゃいけない。そういうことと、あとはいろんなところでいうケアを提供する人のほうも勉強してやっていこう。そういうようなことが書かれています。私がこれで感じたのは日本の場合は、やはり細かいいろんな女性のhealth care をするようなサービスというようなものがあまりないと思いますし、それほど実際に機能を果たしていないのでやはりそういうpreconception care というものを行う場所、あるいはそういう施設、機会というものははっきり打ち出して、どんどん、それこそ厚生省にキャンペーンでもやってもらって、そこでそこへ集めるというよな恰好に持っていけないと保健所とかいろんなところがあって、それに代わってあるんでしょうけれども、恐らく、そこでただこちら側がそこでやりましょうといっただけでも駄目なんだろう。そういう感じがしました。いずれにしてもこれから大事になってくることだろうと思っています。以上です。

武田：どうもありがとうございます。

それではディスカッションに移りたいと存じますが、二つのお話でございました。

一つはrisk assessment ということではrisk assessmentの考え方を述べているようでございますけれども、これに関してどなたかご質問、あるいはご意見ございませんでしょうか。riskの考え方でrelative risk という言葉は我々よく使うわけですが、attributable risk というふうな考え方で評価は今までやられていますでしょうか。実際に診療をやっている時にriskの考え方をどういうふうにお考えにならっしゃるか。例えば、糖尿病があるから、このくらい危ないというのはrelative risk のほうに入ってくると思うんです。それに対して逆に予後から見たような考え方でどのくらいの範囲が含まれるから、だからこういうふうにantenatal にやらなくちゃいかんというよな……。

岡井：attributable risk というような考え方は1個人にはなかなか立てない立場だと思うんです。やっぱり社会医療という形、社会の中の健康という厚生省的な立場でこの病気に対して、これだけ金でしたらこれだけのriskが下がる。そんな考え方をするんじゃないかなと思っているんです。

池之上：例えば周産期登録委員会あたりで極小未熟児、超未熟児をまとめられた時のデータに主要死因の占める割合というようなことでRDS、妊娠中毒症、そういったものの占める割合がだんだん減ってきて、形態異常が増えてきたというのが去年でしたか出されておりましたですね。ああいうふうな考え方で考えていくと、そこらへんがはっきりしてくるわけですね。

仁志田：このことで岡井先生がすでに述べたことなんですけれども、いわゆる統計学的にriskがあっても個々の内容を検討してみるとこういう医学的なことが入ってからこのグループはriskがある、そうするとこれは時代時代が変わる可能性が十分

あるわけですね。例えばちょっと例では栄養のことを申し上げて、ビタミンが足りないのは社会事情が悪かった時代にはそれが優位に出てくるけれども、よくなってきたときに優位にならない。そうすると非常に大切なコンセプトで時代時代によって変わってくるというのが一つ。

その中でちょっとだけ、abortion (の既往) はあまりriskがないと、ちょっとおっしゃったのですけれども、あれは逆の面です、massでとってみればriskはないけれども個々の例ではriskがあるという考え方は、もしかしたら出てくるということはないですか。

岡井：abortionのほうはここで出ているのはmedical riskのほうで、reproductive historyの項目に出ているんです。ですから、さっきのpsychosocialとか、あるいはsocial economicというような範疇で考えた場合にはabortionするというような人達は恐らくあまり社会的な地位も高くないかも知れないし、経済的にも恵まれてない人も多いかも知れないですね。アメリカの場合は。そうするとそのグループというのは予後が悪い頻度が高いということでひとつのrisk factorとなってくるかも知れないんですが、ここで出ているのはmedical factorとしてmedical riskとして出ていて、その中のhistoryの中ではいろいろ自然流産というriskはこれまたその次に自然流産するとあと何か引っ掛かってくるらしい。そういう形で見るときに、artificial abortionというのがそれ自体では予後が悪いということには関連してこないということが書いてあります。

仁志田：この事で、さっきと逆の見方でabortionという質問項目だけでチェックすればrisk factorからはずれるけれども、例えばティーンエイジャーでabortionとか、そうなればこれはriskに浮き出てくる可能性がありますね。ですから別の見方でそういうふうなriskのアセスメントのやり方も出てくるんじゃないかと思うんです。

岡井：abortionの中でもcervixとか何か特別な事



情がない限りというのがついていたと思ったんですね。だからabortionをやった、その後に例えば術後の経過が悪かったとか、cervixに傷がついたとかいうことになる、それはまた別のriskとして出てくるかも知れない。

武田：ほかにございますでしょうか。

今おっしゃったことがちょうど最初のときにrisk factor というのがマーカーであればいいんだとおっしゃいましたよね。なんかひとつのグループをやはり頻度の高いグループを想定してそういうものは一連の関連性のあるものはやっぱり取り上げないといけないということでしょうね。わが国でもこれからやる場合に、そういう点をひとつ決めておかないといけないというふうな感じがします。

もう一つ、職業と教育の問題をおっしゃったときに、インデックス評価するとおっしゃいましたですね。どんなインデックスでしょうか。

岡井：ここで出ているのは英国のregistered general officeとかアメリカの Gensus bureau, そういうところで使っているのがoccupational ranking というのをつくっているらしいんです。それは例えばですけれども、テクニカルワーカーというのは、経済的にはもっといいビジネス・マネジャーよりも上のほうにランキングされているというふうな言葉で例としてあげられている。あともう1つさっきいったsocial conditionというのは、これはアメリカですけれどもホリングスヘッジの Wellknown indexと書いてあります。social position。これが educationとoccupationの combineしたようなそういう social position というのがあって。それがsocial economic status のcommon central measureである。なんていうふうに書いてあります。

武田：池之上先生、ご存じありませんか。

池之上：すみません。知りません。

武田：日本で職業とかということを調べますと、あまり大きな差が出てこないです。多分なん

ていいですか、classといいますか、clusterと  
いいですか、まとめ方がアメリカのまとめ方  
と日本のまとめられたのと性格が違うんですね。  
同じ職業でも、だから日本でもし職業とか教育と  
かいう場合には、もう少し別の観点からみないと  
いけないんじゃないかなというのを私は前々から  
思っているんです。だからあまり大きなriskにな  
らないかもしれないというのが一面あるわけです。  
山口：今、岡井先生のSES (socio-economical  
status), 私どもはハイリスクのフォローアップ  
していますとアメリカの文献みますと必ずsocio-  
economical status が問題になってきて、私もこ  
こでは詳細は申し上げられませんが必ずイン  
デックスというのがあるんです。それによって  
子供の prognosisが非常に影響を与えられるとい  
うので非常に興味を持っています。でも名古屋  
市立大の小川二郎先生なんかは日本では、これ  
はあまり意味がないというふうにおっしゃって  
まして、私のほうでもそれは興味をもって今フォ  
ローアップの際にSESというのを日本でも収入  
の多寡とか、学歴とか、そういうので差が出て  
くるのかと思って調べています。

武田：ありがとうございます。そういう面でや  
っぱり少し見ていかないといけないかもしれませ  
んですね。

池之上：この risk assessmentの中で非常にアメ  
リカと日本違うところは今おっしゃったsocialな  
問題がまったく違うだろうと思うんです。psycho-  
logical な問題に関しては振幅は少ないかもしれ  
ないけれども、大体似たような問題があるんじ  
ゃないかなという感じがするのですけれども、social  
な問題となるとアメリカと日本は全然違う。であ  
れば特にこういった厚生省の班会議という立場にな  
りますと日本特有のsocial profileというのを明  
らかにしていくということが極めて大切なことじ  
ゃないでしょうか。

武田：どうもありがとうございました。それでは  
、次にpreconception care, 妊娠前の健康管理とい

うことでお話を続けていきたいと思います。いかがでしょうか。今、おっしゃったのは一つはrisk assessmentこれは先程出ましたのですが、health promotion というのと、interventionですね。それに介入していくという二つのことをおっしゃられた。

西島：栄養のことが risk assessmentのところにもちょっと出ていると思いますが、体重のことを under weightもover weight も恐らくriskは高いんでしょうけれども、そういうことに対するpre-conception care をしているんですか。例えば over weight だったら体重を減らしておくとか、妊娠前にある程度体重をふやしておくなんていうことは。

岡井：この中の記載ではそこまで具体的に書かれていないんです。risk assessmentの中のindividual social conditionというところでextreme obesity というものは項目としてあがっている。だから先生の言われたようなことをやれということだろうと思います。

西島：一般に概して日本でいうほど体重のことは児の予後には関係あるという文献はover weightもunder weightもperinatal mortality は悪いですね。そういうことがあげられていながら日本では結構体重のことを云々しますがアメリカは以外と中毒症も含めてあまり体重のことは言われないような気がします。

岡井：あまり書かれていないです。extreme obesityというのは一言、言葉で出てくるだけです。是沢：私も非常に妊娠前の治療に興味を持っているんです。内容なんですけれども、医学的なもの以外にここに書いてあるんですけれども、その範囲というのはどこまでなんですか。例えばケースワーカー的な仕事も入るんですか。

岡井：そのへんがここでは全て入る。職業訓練まで入ります。いろいろな職業訓練から、ファミリープランニングそのものもpreconception careの中に入っていくというようなことです。経済援助

みたいなものも provide するみたいな仕事まで含めてということです。

武田：そのことに関連しまして今の職業区分で我々医療関係者が関連するのは大体どのぐらいの割合であるというふうに考えているのでしょうか。おおよそですけど、半分なのか、それとも70%は、医者、看護婦というふうなところでしょうか。岡井：それはちょっとわかりませんが、これを読んでいた印象では僕らが今日本で考える状況よりは医者の割合は低くなっているなという印象を受けました。

西島：preconception careの中に骨盤計測もと言っておられましたが……。

岡井：それは私が入れたらどうかなと思ったんです。ですから全員という意味ではありません。そういうriskのある人は。

西島：先生が言われただけで、その中に

岡井：この中には入っていません。

高木：今の骨盤計測の件、後ほど私が担当しておりますところでまたお話をさせていただこうと思ったのですが、physical examinationのところはphysical pelvimerty という言葉では出てくるんですが、そのニュアンスからしますとX線という感じはなくてむしろ、いわゆる外計測レベルであるという感じがしましたけれども。

武田：池之上先生、向こうでwardのpatient と bookedに分かれていますよね。wardのpatient に対する管理の方法は具体的にはどうなんですか。つまり一般の方が病院で妊婦検診を受けるというふうな場合の、今の割合ですけども、やっぱり医療サイドがものすごく強く関連している。病院とあれと中だけですとそうなんでしょうけれども。

池之上：患者さんの要望とhigh risk 妊婦と、患者さんとの予後からみたときのstudy がたしかロスアンジェルスcounty hospitalを沢山、5つか6つのcounty hospital が一緒にやった仕事がありまして、その中で予後を改善した因子はいわゆる日本でいうと母親学級のような形の看護婦さ

んとか、助産婦さんたちが一般の患者さんたちに low riskも含めてですが、そういう人達に母親学級のようなそういったクラスを持ったグループと全然持たないで一般のドクターだけが管理したグループとに分けて早産の率だとかperinatal mortalityだとか、そういうのを見たstudy があるんです。そうしますと、明らかにドクターだけが管理した群のほうが悪い。もっと幅広くcareといいますかlow risk educationも含めて患者さんたちのeducation, 内容としては一般的な内容であるわけです。特殊な例えば糖尿病があるからどうしなさいとか、高血圧だからどうしなさいというふうなのではないわけです。そういったものの効果が非常に著しいというようなstudy があるんです。こういうpreconceptional なrisk assessment とか、あるいはその後のfollowということに関しますとドクターのwardでのアセスメントよりもpopulationが広がりますとそういったレベルをしっかりやるということのほうがかかりいいのではないかと、大事なfactorではないかというような考え方がだんだん強くなってきていると思います。

武田：日本で一番抜けているのはこのpreconception care だろうと思うんです。そうするとdeliveryということが先程もちょっと問題になっておりましたのですけれども、一体どうやってdeliveryするのか、対象はどうするのか、国が決めるのは大変難しいという話があったように思うんですけれども、そういう面についてどういう方法がもっとも効果的だというふうにお考えになるでしょうか。助産婦の先生方いらっしゃるんですのでちょっとお伺いしたい。

入内島：今、お話を伺ってやはり妊娠前のcareということでドクター以外の方が関わっている面が多いのではないかなというふうに思います。けれども日本の場合はやはり健康診査となるとドクターも係わりが多いと思うんですけれども助産所とかでは助産婦が診察して、正常か、異常かを確認して異常になりそうなものはドクターのほうに

回すというふうなことをやっていると思うんですけれども。これからは教育とか、異常を予防するとか、そういう面でもっと助産婦、保健婦、そういう人達が関わっていいのではないかなというふうに私は感じました。

武田：婚前教育というのは女性の全部の健康をみるというところから日母なんかでもずいぶん力をいれていらっやって、いわゆる女性手帳という発想もあるように聞いていますが、本多先生そのへんいかがでしょうか。

本多：日母の話ができましたから申し上げます。いわゆる婚前教育的な意味でさっきはpreconceptional ということでお話ありましたが、岡井先生先程日本には何もないというふうにおっしゃっていたけれども、前に研修ノートではなくて母子保健部の方でpre-pregnancy の管理という小冊子を出したのがあるんです。ただこれもこれはあくまでpre-pregnancy という言葉もあまりピンとこないし、今日preconceptional という非常にいい言葉を教わったのですか、日本語にしにくいですね。そういう意味でちょっと広がりにくいということがあるかも知れないですけども、それは別にしてpreconceptional なcareというのが医者仲間の中でこういう形でつくられてやっぱり一応こういう形でやっておいたほうがいいのか、それこそ骨盤計測のような話だけにとどまっちゃうような気がする。やはり一般的な社会教育という意味でfamily planning まで含めた段階でやらなきゃいけないという気はいたします。やっぱりその点になると日本では非常に場が少ないですね。保健所でもそういう試みはないし、強いて言うならば東京で家族計画のオープンハウスみたいなのがやられていますけれども、あれだって日本全国に1つしかないですね、というような感じですからどうしても場の広がりというものが足りないような気がいたします。

木下：これはpreconception careというのは非常にアイデアとしては理想的だと思うし、これはス

クリーニング的に全女性を対象にして何か問題があるのかというのをピックアップしていくのか、それがみつかったらば妊娠前に治しておかなくちゃいけないというものはどれだけあるかという、いろんなものがあるかもしれませんが、そんなに数としては多くないんじゃないかなという気がするんですけども、例えばabortionと若年だったらばこれはどうだ、というふうにいくつかの恐らくかなり限られた数のrisk factorが出てくるんじゃないかなと思うので、そういう視点から今、岡井先生がお話になったのは全部を網羅されているわけで、それをスクリーニングというのはちょっとあまり現実的ではないという気がしますし、その辺のところで話は特にこういったふうなことがriskとして、しかも妊娠前に見つかったときに妊娠までに、つまり妊娠してわかってもいいものがいくらでもあるんじゃないかという気がするんで、従って妊娠前に見つけなくちゃいけないというのは何かという点でpoint outされているかどうか伺いたいです。それは今後実際にこういったふうな話が全て国中に行き渡りましてやっていくにあたって、あまり労多くしてというふうな感じがないではないと思いますのでその点で少し焦点を絞ったらきっといいものが出来るんじゃないかなという気がしたものですから。それに書いてあるかどうか伺いたいです。

岡井：今の木下先生のご質問に対して、こういうものはぜひやっておくべきであるというような書き方はされていなかったです。先程のinterventionするものの中の例として高血圧だとか、糖尿病だとか常識的に考えられるようなものがあげられているというだけなんです。実際に日本でどうやっていくかというようなことに話が進んでくると、いろいろなことを考えなくてはいけないと思うんですが、本来子供というものは結婚したら普通に出来ちゃって、つくろうということを意識してつくるものじゃないというケースが日本はかなりあるだろうと思うんです。こは妊娠前の検査を

受ける。こういう人は受けましょうというような格好でどンドン、そういう知識を持たして日本人というのはそういう面では意外と皆いろいろな知識を吸収して理解する力を平均的に持っている国民だと思いますから、こういうことのある人は妊娠する前にかかりましょうよということを如何に国民に皆に浸透させるかということだと思う。そういうことというのは木下先生の質問になるんだと思うんです。それはそれで整理してみるとある程度分かってくるんだと思うんです。

木下：例えばmedicalなものというのは例えばSLEでありますと本当にseriousなものに関しては当たり前としまして、西島先生がご指摘のように例えば20%以上もの肥満で妊娠初期にきたとすれば、これはどうマネジメントしていくかというのは非常に問題になります。それは予め分かっていたら本当に標準に近くもっていったほうがいいという非常に日常的な問題としていくつかあるかなという気はちょっとしたものですから。あまり難しく全部をスクリーニングというのは大変だなという印象を持ったので……。

是沢：実は私今4月に今のところに赴任いたしまして、病院をつくっている段階なんです、その中でそこが子供医療センターでそういう相談指導部というのが結構充実して、周産期センターをつくる場合に今つくっている機構も今考えているんですけども、看護部と小児科と産科を一緒にして、それと並列で指導部というのを機構の上でつくっているんです。つまり、こういう出生前だけじゃなくて出生後も当然なんですけれども、フォローと予防という両方の機能があるわけです。そういう機構があります。木下先生のおっしゃった、全部をスクリーニングするというのは当然駄目なわけですから、私どもで考えているのは、まず、今まで日本でやられてきたのは遺伝相談と一応こういう形でやってきました。それを医学の側からはそれを例えば前回早産であるとか、奇形児とか母体合併症というものに少しずつ広げていく

というのが医学側のほうでしょうし、医学側からケースワーカーに渡すだけじゃなくて、ケースワーカーからこちらへ渡されるという面も当然あると思うので、そうしますとケースワーカーのほうにきて、前のお子さんが障害があったとか、逆にケースワーカーの人がこのままだと妊娠に差し支えるのじゃないかというそういうsuggestionでこちらに来る。そういう両方のほうからある範囲を限定して全体というのじゃなくて、そういう意味でのpsychosocial riskを持った人を治療していくのがいいんじゃないか、そういうふうに考えます。

中林：今、是沢先生から遺伝という言葉が出たので少し追加したいんですけども、私たちが一番困るのは両親のどちらかに高血圧素因があって、そういう人達が高齢になった場合大変重篤な妊娠中毒症になりやすくて、そのケアが難しいということです。本多先生のご研究でも高齢になればなるほど妊娠中毒症の発症が多い、IUGRの発症ということから考えますと、やはりご両親特に母親に高血圧素因があればその人達が高齢になればなるほどいろんな意味での合併症が増える。出来れば普通の人よりも難しいことでしょうけれども早めに挙児をしたほうが良いという事も出てくると思うんです。そういった点も先生の遺伝ということに関連して今までいくつか飛び飛びにあった研究をまとめていってこういうrecommendしていったということも日本ではこれから必要かなと考えますけれどもいかがでしょう。

池之上：今の妊娠中毒症の件にも係わるんですが、例えば糖尿病合併妊娠の患者さんなどで妊娠前管理が行われていた方の予後とそうでない方の予後がはっきり別れてきているということで現在では、糖尿病合併妊婦さんの妊娠前管理にターゲットが定まっているというようなことになってきております。そうしますと結局はそういったmedical riskをもっている方々というのは我々のところに来る前に内科、あるいは小児科、そういったとこ

ろで管理されているわけです。その段階で妊娠の問題が恐らく持ち上がってきている。そうしますと内科の先生で妊娠のことを理解していただいている先生と、逆にいいまして内科疾患を産科的に管理することに非常に熱心な産科医とミスマッチがあちこちで起こっている。両方とも上手い具合にマッチングされているところは非常に患者さんは理想的に管理されるんですけども、マッチングがうまくいってないとどちらかでもうにか起こっている、というようなことが全国的な医療の現場で起こっているんだらうと思います。そこをなるべく少なくするという意味で産科の診療のあり方として今後もっとそういったことを外へ外へとinformationを流していく私たちの立場からはそういったこと、広報活動といいますか、内科医の先生とか、そういった産婦人科以外に先生方へのアプローチというのも今後やっていかなければいけない大きな問題だらうと思います。

前田：medical riskを持っている方に対する対処というのはよく今までの話で分かるんですが、やはりそういうmedical riskを持っている人達がどういうポピュレーションであるかということを見ると、やはり経済的に貧困であるとか、いわゆる病院にいくお金もないとかいうことで、結構社会の底辺にいる人達がけっこうriskが高いんじゃないか。妊娠してどうにもなくなって飛び込んで大騒ぎをする。そういうことを考えるとやっぱりpreconceptionということで重要なことはかなり低いところにいる人達から、これは財政とか国策という話になると思うんですけども、そういう方たちがいわゆる金銭的にも家庭生活とかそういう意味においても妊娠できるというそういうふうなサポートというのは、これは医者の仕事じゃないかもしれませんがそういうような働きかけというのが必要だと考えます。

中林：今、前田先生のおっしゃったことも大変よく分かるんですが、パーセンテージ的にはやはり腎疾患、糖尿病、高血圧を持った人で困る方がか

なり多いということと、もう一は前田先生のおっしゃった、途中で飛び込みで本当に検診も何も行っていない人達がriskが非常に高いという二つがあると考えます。私たちのこの病院の特殊性がどちらかという合併症を持った方々が多いので、現在こういった池之上先生がおっしゃったような動きとしては腎と妊娠という一つの研究会が出来ております。それから糖尿病に関しては例えば当院では大森先生のような非常に熱心な方がいらっしゃいます。高血圧に関してまだはっきりした内科と産婦人科の間のコンセンサスが得られていないところなんです。こういった大きな3つ、4つの疾患に関してはやはり合同の何かが持たれたほうが今後いいんではないか、そういったことが産科と内科医のいろいろなトラブルを解消することに必要なんじゃないか、ということは痛切に感じますが。

仁志田：pre-pregnancy とか、preconception careとっしかったですね。今、この中には武田先生もちょっとおっしゃたのですけれども、いわゆるrisk screeningというのと、health promotionというのがありましたですね。risk screening に関しては医学的なディスカッションで前田先生がちょっとお話になられたように、general population相手にするわけですから、いわゆるefficacyとかefficiencyとかそういう点からのディスカッションで政策をたてないといけないんじゃないかと思うんです。

health promotionの中にはhealth educationが入って結局riskのself assessment なんかも含まれるわけですから、そういう面でriskを減らすということがありますね。

一つの例なんですけれども、アメリカ小児科学会の中にこれはconceptionのあとですけれども、antenatal pediatric visit というのがありますね。あるいはinterview だというんですね。これはまったく正常な人ですけれども小児科医が生まれた赤ちゃんはこうなりますよというだけでグル

ープで比べるとpremature rateとかですね、complication のrateが少なくなっているデータがあります。そういうのも別なディスカッションのプログラムとして考えるポイントだと思います。

武田：今、仁志田先生にまとめていただきましたけれども、risk assessment というのが種類がobjectがいろいろあるのをいかに整理するかというのが一つの問題点だろうと思います。medical なものにしてもどれだけを選んでいくかというのが一つ問題点で、それがefficiencyとかefficacyということに対してどういように反映されるのかという。もう一つはdelivery system だと思うんです。どういふ方法でやるべきなのか、いろいろなクリニックでもっている例えばさっき是沢先生がおっしゃたような一つのユニットでままとっていく。これまた非常に大事なことだと思いますし、もっと広くひろげる場合には一体どういふ方法を持つべきなのか。二つのことがあろうかと思いますが、今後の母子保健を考える上での大きなポイントかと思います。

それでは、次の話題に移りたいと思います。次の話題はprenatal care なんですけれども、その前にprenatal intervention の評価方法というのがappendixについていまして、それを前田先生にお話をいただいて、それから後に高木先生に正常妊娠のprenatal care をお話をいただきたいと思います。

前田先生、どうぞお願いします。

前田：では、私、資料としてA 4判で7頁まであったと思いますけれど、その一番最後の6頁と7頁ということでappendix Aという章がありまして付録ですがCriteria for evaluating evidence on the effectiveness of prenatal interventions ということで、いわゆる医療サービスとか、医療とか、こういうsocialなriskとか、そういうことに対していわゆるmedical サービスを行うか、その他の健康のためのサービスとか、そういうものを行った場合にその評価をどうしてしたらいい

のかということについて、ここで米国の厚生省のメンバーたちがやっている方法もこういう方法であったし、今から先いくつかriskに対してこうinterventionしたということに対して、それが有効であるのか、有効でないのかということについてもこういう方法でやりなさいというふうなリコメンデーションをしているということです。

まず、最初に医療効果があるのかなのかということに対しては例えば、medical riskということに対しては例えば血液型を妊娠初期に調べて意味があるのかなのか、輸血する前にすればいいんじゃないかとかという話も書いてありますし、あるいは血液型の中でもRh式とか不規則抗体を調べることはもちろん意味がある。その他例えば、サイトメガロウイルスの抗体価を測って意味があるのか、ないのかとか、そういうことに対してはやっぱりきっちりアセスをしなくちゃいけないというふうなことから、こういうふうな話になったものです。ですので、いわゆるいくつかのそういう話題については今までに既に実証されたものというのがあるわけですので実証済であるのか実証していないのかということをもまずはっきりさせなさいということです。実証されてないことに対しては今から適切な評価を下していかなければいけないでしょうということです。

その後の話というのが評価をする際にどういう手順で行うのかということで、これは普通の当たり前のことだと思うのでちょっと簡単に言います。

まず、研究方法というのをしっかり分類すべきである。その研究方法による分類というふうに書いてますけれども、いわゆるtrialって当然無作為に抽出してdouble blindするのがいいというふうに書いてるわけですが、サンプリングの抽出法という評価もいるし、cohortのcase control studyがいいんだけどもそういうふうなstudyになっているのかどうかとか、特例を考慮しているのかとか、考慮してないのかとか、そういうふうな研究方法別の評価というものも必要

であるんでしょう。医療サービスを行った際にそれが良くなったのか、変わらないのか、悪くなったのかということに対しては通常の判定規準というか皆さんご存じのことだろうとおもいますが、いわゆる現象的に見た場合に因果関係があると、その因果関係に関しては生物学的に妥当性が説明できなくちゃいけない。また、いくつかの追試が必要であるということです。その辺のことは普通のことだろうと思います。7頁のほうに、特に妊娠とか妊婦さんとかを対象とした場合にどういふところに非常に気をつけてstudyをやらなくてはいけないかということについて書かれてあるのでちょっとまとめてみたんですけども、妊婦管理とその予後に関する研究において注意すべき点と書いてますけれども、いわゆるこれは例を示しているだけの話です。あるriskがあってその危険度というのが高くなるとか、悪くなるとかいうふうに評価したいときに、やはり妊婦さんが検診に来たのかとか、来ないのか、あるいは検診回数がきちっと来ているか、来てないのか、そういうふうな検診の回数と結び付けて評価することというのはよくある話だろうと思いますけれども、ただ、その時に例えば早産があまり来てない人のほうが多いとかいう話にはならない。何故ならば早産というのは早く生まれてしまうわけだから検診の回数は当然減る。当たり前の話です。それからtermになって初めてなった人というのは例えば1回しか来ないのに早産にはなってないとか、合併症のある人は当然一生懸命自覚がある人の話ですけれども検診回数が増えるということですね。そういうこともあるし、前の妊娠のときにまた今度も起こすような合併症、例えば先程岡井先生が早産のriskの人は早産になりやすいというお話がありましたけれども、そういう方というのは当然自覚があるせいもあるし、ドクターサイドも勧めるといふこともあるでしょうけれども当然検診回数は増えてくるということがあるので、単に回数とか来たの、来なかったのかということだけで評

価することは少し誤った結論を導くかも知れないということに注意しなさいというふうな話です。

もう1つ、周産期を行う時に、特にretrospectiveで情報をとる場合の話ですけれども、非常に困難な場合がある。これは我々もある班でこういうデータを取っているときに非常に困るんですが、データの信憑性とかいうことに関して書いてあったんですが、一般に妊婦さんを見る場合に母体の予後とか新生児、胎児の予後とかいう場合、まず、死んだか、生きたかとか、それから早期新生児死亡とか、そのあとの長期に罹病をもったか、どうかとかいうことで前のriskのアセスをする、riskに対する行為のアセスをするわけなんですけれども、そういう場合に記載事項についての話ですけれども当然個人のカルテであるとか、例えば出生証明であるとか、個票を用いて調べるわけですけれども、新生児期にうまくいってきちっと生存しているという子に対してはほぼ信頼性がある。その情報の信頼性ですが、信頼性はある。ところが出生後早期に死亡した症例とか、あるいは胎内死亡した症例とかに関してはなかなかデータというのが信頼性に乏しい。特にカルテの場合にはそういうことはないんだろうと思いますが、役所に届ける分だろうと思います。それについてはあまり信頼できない。それは地区地区によってまた違いがあるということです。

出生証明書については具体的には、やはりアメリカにおいても出生証明書記載が不備であるのが5%ぐらいあるそうですけれども、それを個票をくったでしようが、そのような症例、5%に含まれるものというのは非常に本当に知りたい症例が多いというふうなことがあるようです。これは日本でも同じようなことなんじゃないかなと思っていますけれども。

出生証明書というのがいつから検診にかかっていると、例えば母子手帳をみれば出生証明書、母子手帳をみれば、いつから検診を受けて、何回検診しているということは分かるんですが、医療

の個々の内容については分からない。やっぱりこういうことからすると割と全国で統一されたような書類というか、そういうのが必要なのかもしれない。これは私の意見ですけれどもそういうふうに思います。以上のようなことが概略です。

武田：ありがとうございます。

これはあまりディスカッションすることもないと思いますので、こういう考え方で評価しているということでございます。

それでは、続きまして高木先生にprenatal careといつサービスするかということですね。そういった妊婦検診するかということですか。それでは高木先生お願いします。

高木：それでは、お手元にお配りしましたB4判の資料をご覧くださいと思います。この章におきましてはいくつか特殊な言葉が出てまいりますので、まず、その定義並びに説明をさせていただきたいと思います。

まず、ここでcontentという言葉が出てまいります。これは内容と訳しましたがこれも出生前管理の一環として、特別なリスクアセスメントと健康促進活動、先程岡井先生のお話になったところでありましたhealth promotionといった活動が行われた個々の活動と申しますかそういったものを指すということでもあります。

次にstudied by Panel、これはパネルによる検討と訳しましたがこれもこれはそれぞれの活動内容に関してパネルが文献を集めて評価可能であったか否かということ。可能であったものはY (= yes)と略してございます。NはNoということでもございましょうか。ですからこれはNoとなっても実際は明らかに重要な項目であれば活動内容が意味がないという意味ではないということもございまして。ちょっとそのへんは複雑です。次にEvidence of Efficacy or Associationということですが、活動の有効性、あるいは関連性の証明ということで活動の有効性の評価でございまして、活動と妊娠のoutcomeとの関連性が証明されたか



どうかということで、GというのはGoodの略で関連性が良好である。Fairは概ね良好、Poorは不良ということですが、naはNot applicableということでこれは大概文献が集まらなかったものに対してこういう評価がなされております。

次にRecommended Population、活動の対象ですが、これは全妊婦、あるいはpreconceptionということですので妊娠する可能性のある婦人もここに含まれるわけですけれども、または特定の対象を活動の対象とすべきかどうかということを一つひとつ検討しております。

次にTimingですが、これはそういったサービス、あるいは活動というものをいつ供給するかということでございまして、主にはその言葉が出てくるのは妊婦検診の2回目以降の受診でいつサービスを提供するかということで出てまいります。

最後にresearchですが、研究、調査ということでございまして、これは今後さらにそういった研究・調査が必要であるかどうか優先順位をつけてございます。HはHighの略で優先順位が高い、MはMediumということで中間である。NがNot Recommended for researchということで必要なし、または低い優先順位ということでございまして、このNの解釈に関しましてちょっと説明がございまして、既に関連性、有用性が明らかになっているものも含まれる。その研究の意味がないということではなくて、十分わかっているんだというものもここでNというような評価を下されているものがあるということでございます。

次に表4-1 出生前管理の内容、ここでpreconception visitということで妊娠前検診というふうに訳しましたけれども、それに入りたいと思います。

まず、その内容でございましてけれども大きく分けて医学的な介入と申しますか、部分と保健婦さんなり助産婦さんによるカウンセリングを主体としたような健康促進活動、health promoting activityと申しますか、大きく二つに分けてござ

います。最初の医学的な部分というのはriskの評価が中心になっておりまして、それは病歴の聴取、内科的な診察、検査となっております。

健康促進の活動に関してはカウンセリングと活動内容の情報提供というのは今後の妊婦検診におきましていつ何をやるかという検査をいつやるかといったことをどういうふうに提供していくかというようなこととございます。

最後に心理社会的リスクを軽減するための介入interventionということで、以上の三つの柱からなっております。詳しい個々の活動については順次出てまいります。

表4-2でございましてけれども、これは妊娠前のリスク評価ということで病歴の聴取について検討されております。

まず、医学的なリスクの評価ということで沢山あげられているのですが、ここで関連性が明らかかなものをGというものを中心に見ていただきたいと思っております。

最初に社会人口統計学的データ、これはsocio-demographic dataというものの直訳でしてあまりピンとこないんですけども、具体的には年齢であるとか、結婚しているか、否か、収入、教育のレベル、住居の環境とか、経済的な背景、そういったことが社会人口統計学的なデータということでございます。それとoutcomeとの関連性ははっきりしている。月経歴、産科既往歴、この辺は特にご説明することはないと思っております。内科、外科疾患の既往、これはどういった内容の疾患について病歴の聴取をすべきかということですが、別のパートに詳しい記載がありまして、そこであげられているのは糖尿病、高血圧、肝炎、エイズ、輸血歴などを盛り込む必要がある。その他感染症に関する病歴の聴取、家族歴などがあげられております。

栄養に関する病歴ですけれども、肥満、低栄養といったことについて聞く必要があるとしております。

次に表4-2の続きに移りますが、ここは病歴聴取、これは妊娠前のpreconception のリスク評価としての病歴聴取ですが、ここは心理社会的psycho social な領域に関する病歴の聴取ですが、ここでもはっきり関連性が証明されたものというの上からみていきまして喫煙、アルコールの摂取、薬物に関するもの、肉体的虐待と申しますかphysical abuseというようなものなんです。これは米国ではかなり問題になっているのでここへ載ってきているんだらうと思います。後は催奇形成因子との接触、住居、経済状態といったものがあります。特に強調されているのですが、極端な肉体労働であるとか、運動といったものと妊娠のoutcome との関連性というものがあるのではないかと、問題になっている。これに関しては研究というところを見ていただきますと研究の必要性が今後もさらにこれは高いということがパネルから結論がだされているということです。

あとfareというところも見ていただきますと、公的扶助の有無といったものとも、やはり関係する。これはsocio economicalなバックグラウンドとも関連してくるものであります。それからストレス。そういったものがあげられておりましたけれども今後の研究のプライオリティが高いと結論されております。

次に表4-3はpreconception のリスク評価の理学的所見です。内科的な診察に関連したのですが、まず全身所見です。頭部、胸部、腹部、背部、四肢、全身について内科的に検討するというのですが、これはパネルによる検討というのはNoということになっておまして、関連性の証明は出来ないんですけれども、これは全てに行うべきであるとしております。妊娠のoutcome との関連性が高いものとしたしましては血圧、脈拍、身長、体重、肥満度といったものがあげられておまして、前の講師の先生方からも話が出ていますが特に体重、肥満度といったものが妊娠前に重要であるというようなことが出ております。研究

のプライオリティから申し上げましても体重、肥満度といったものにはプライオリティが高いというような評価がなされております。ここで先程岡井先生からあった骨盤計測の問題も取り上げられておりますが、preconceptional な評価に関しては妊娠のoutcome との関連性はあまり強くは出ていないということです。この領域に関しましては今後研究する必要はあるだろうというふうに結論されております。表4-4は検査について述べてあります。まず、ここで取上げられている検査は大概が日本でもルーチンに行われているものが多かろうと思います。ここで特に大事と考えられるのは風疹の抗体の検査でして、やはり妊娠前に分かっていたらそれが一番いいんだというようなことだろうと思います。あとは一般的な内科の疾患に対するスクリーニングなんですけれども、そこでちょっと特徴的なのは淋菌の培養を全てを対象としてやった場合にoutcome の向上が認められるということで、この辺はかなりお国柄といったものもあるのかもしれませんが日本にはこれは果たして必要かどうかということではちょっとなんとも言えないところではないかと思っております。クラミジア、梅毒、HB、トキソプラズマ、サイトメガロ、特にトキソプラズマ、サイトメガロに関しましては対象が一部となっておりますけれども、これはパネルが対象は全てとするか、または特定の対象に対して行うべきかということで結論が出せなかったということで、今後の研究のプライオリティもこの辺は高いとされております。その他単純ヘルペス、水痘ウイルスに関しましてもトキソプラズマ、サイトメガロと同じような結論が出されております。あとは、これも最近話題になっておりますHIVなども希望を聞いたうえで全てを対象として行うべきであろうというふうな結論になっております。ヘモグロビン異常、Tay-Sachs といった比較的珍しい疾患に関しては一部を対象として行う。また違法な薬物のスクリーニングといったものもHIVと同じような評価がなされてお

ます。

次の頁でございますが、今まではmedical な部分で、次がhealth promotingのところに移っていくわけです。ここで健康的習慣を維持促進するためのカウンセリングということですから教育的な意味合いが強いと思うのですが、そこで有効であったものは栄養に対するカウンセリング、禁煙に対するカウンセリング、こういったものは有効であった。ところが禁酒から違法な薬物の中止、催奇形因子からの回避といったものは関連性ははっきりしなかったという結論になっておりますが、これは但書がついておりまして、こういったものに対するカウンセリングが必要か否かということの評価しているものではなくて、これらの活動が女性の行動のパターンを変えるうえで有効であったかどうかという意味の関連性でありますので、カウンセリングを行ったけれどもそれが妊娠のoutcome の改善に結果的には有効でなかったというような評価をしているのではなく、女性の行動パターンを変えることは出来なかったというようなことだと思います。この辺は全て今後の研究のプライオリティが非常に高いというふうな評価がなされております。栄養に関してましては対象を全てとするか、一部とするか肥満の方とか、非常に痩せた方とか、そういった一部にするかどうかということに関しては同意が得られなかったとされております。

次に表4-5ではintervene といいますが、妊娠前の介入によって心理社会的リスクが軽減されたかどうかということの検討でございます。これは先程の教育的なニュアンスよりも少し先に進んだ内容を意味しているんだろうと思います。その内容ですが嗜好品の過剰摂取に対するカウンセリング、あるいは治療プログラムへの紹介ということでございます。ここではまず禁煙ですが、これは介入による効果が認められた。ただ、今後まだまだ研究の必要性はある。禁酒、違法薬物に関しましてははっきりした有効性は証明はされなかった。

次に栄養指導ですが、食餌の改善のカウンセリングといったものは有効性が確認されています。妊娠中のビタミン、鉄分補給に関しても比較的良好的な関連性が認められております。家庭訪問のプログラムということで特定対象の家庭訪問の必要性といったもの、その時期、方法等について一応パネルは検討をしたということですが、関連性についてはまだはっきりした結論は出されていません。今後さらに研究する必要があるとしております。また、その他としまして家庭健康機関、地域精神衛生センター、シェルターとか、住居手当、その他、これは日本ではなかなかそれに該当するものはないような項目があげられておりまして、これは割愛させていただきました。

次に表4-7、妊娠してからの話に入ります。これはまず妊婦検診という言葉を使っていいのかちょっと分からないんですが、初回の妊婦検診、visit のときのことに移らせていただきます。同様に流れていくわけですが、まず病歴では、医学的心理社会的なリスクについてpreconception と同じような形で進めていくわけですが、ここで今回の妊娠についての項が新たに加えられておりまして、これには最終月経がいつであったか、出血があるかないかといったようなことを病歴で聞く必要がある。これは当たり前のことなのでパネルによる検討はなされていないというふうに考えております。心理社会的な問題としましては喫煙、飲酒、薬物使用が妊娠してからの話でございますのでそういったものによるリスク評価が妊娠のoutcome を向上させたという評価になっております。極端な肉体労働、運動、その他の活動といったものが最近問題にされているようですが、こういったものについても今後さらに研究の必要があるとしております。公的扶助に関しましてはsocio-economicalな背景と関連するのですが、これに関しても妊娠してからの状態でもこういったものがやはり問題になってくる。ストレスレベルも同じでございます。

理学的所見、これは理想的にはこういった所見は妊娠の6週から8週ぐらいにとるべきであるとしておりますが、内容としましては血圧、体重、内診、乳房診察ですが、ここで特に強調されておりますのはやはり体重です。体重がoutcomeとの関連性が高いということでございます。あとの項目に関しましてはこれはルーチンに大体行われるべき項目であろうと思います。

次の頁に移りまして検査に関しましては基本的に妊娠前に行われている場合には省いていいものもいくつかあるというふうにしております。その内容ですがHbまたはHtおよびRh、梅毒の検査などはごく一般に行われていますけれども、preconceptionに行われているものに関してはやらなくていい。随時血糖測定、random blood sugarですがこれは関連性は良好としておりますけれども対象は必ずしも全てではなく、これは恐らく家族歴があるとか、すでに糖尿病が診断されているとか、そういったものを対象に調べるべきだろうとしております。また後ほどお話しますが、胎位等のスクリーニングというものはまた別に設けられております。淋菌の培養、尿培養だとか、尿培養に関しましては全てを対象にして行う必要があるというふうにしております。ここには書いてございませんけれども超音波検査について別にコメントされておりまして、日本では以前、分担研究班で妊婦検診の内容を参加9施設でもって検討させていただいたのですが、そのときにはほとんどの施設で妊婦の初期に超音波の検査が行われていたわけですが、このパネルによる検討では超音波検査というのは妊婦週数がはっきりしないものとか、または胎児の異常が懸念される場合のみに勧められるとしておりまして、全例に行なうというようなことはしてないんですけれどもその件に関しては今後さらに検討が必要であるというふうにコメントしております。次の頁、初回妊婦検診時のリスク評価、表4-10というところに移ります。これは健康促進活動、時間の関係でちょっと重要な

ものだけピックアップして説明させていただきませんが、ここでもまずカウンセリングの中では栄養に関するカウンセリングの効果が有効性があるということが出ております。妊娠に関する一般的な知識とparentingに関しましてはこういった項目があげられております。詳細は割愛させていただきます。

表4-10、健康促進活動の続きですが、ここでは今後のケアに関する情報の提供ということで有効性が確認されているのは検査の、あるいはスクリーニングの準備といえますか、いつ検査をするかといったことの説明が有効であったとしております。

次の表4-11妊婦検診の2回目以降の内容ですが、ここで病歴に関しては毎回新しいことが出てきたときには追加するというふうにしておりますが、理学的所見では血圧が、これはちょっと面白いんですけども毎回血圧を計るのではなくて24週以降から計るということで意味があるというふうにしてあります。これは妊娠中毒症の発症の時期を考慮してこういった結論を出しているのかと思われま。体重、これは全てを対象にして毎回測定する。子宮底長、高さに関しての記載、これは16週以降です。ここで面白いのは子宮頸部の診察と申しますか子宮口の開大の状態を見るというのが正常の妊婦に限っているわけですがその場合には41週以降でいいというふうにしてある点が興味深い点です。

次の表4-11の続きに移らせていただきます。ここで出てまいりますのは検査に関してですが、HbまたはHt全てを対象にして24週以降で行う。Rhに関してはその前の検診で受けてないようなものに対してそういった時期に行うというニュアンスだろうと思います。ここで特徴的なのは面白いのは糖尿病のスクリーニングですが、全てを対象にして26週から28週の時点で行うというふうにしてあります。母体の血清のAFPも全てを対象にして14週から16週に行うというふうにしてあります。

超音波検査は先程説明いたしましたように一部問題がある方に対して行われるということです。

次の10頁の妊婦検診再診の健康促進活動ではカウンセリングとして特に妊婦のoutcomeを向上させると考えられるものは下から3つの就労相談、すなわち妊娠中の労働に対するカウンセリング、栄養相談、切迫早産の症状に対するカウンセリングといったものが有効である。それらに関して今後もさらに研究の必要性はあろうと指摘されております。シートベルト着用などというのはこれもアメリカでは運転される妊婦が多いということで出てきているんだろうと思います。

表4-12でございますが、妊娠に関する一般的な知識とペアレンティングですが、これは恐らく母親学級のようなところで提供される情報なんだろうとおもいますが、妊娠による生理的、情緒的な変化、性欲、胎児発育、発達、マイナートラブルに対する自己解決法、一般的な生活習慣などについて検討がなされております。また、それらを提供する時期に関してもここに書いてございますが、詳細は省略させていただきます。

表4-12の続きですか、母乳栄養のすすめ、乳児用カーシートの安全性についての説明とか、妊娠の後期になってまいりますと子供を持つこと、親となることについての説明といったこと、この辺は関連性ありとしております。家族の役割、子供が生まれてからの家族の子供との接し方、又母親との接し方といったものについての説明ですが、38週ぐらいで提供されるべきとしております。検査に関してと今後のケアに関する情報の提供ですが、検査、バースプランの相談、陣発時の電話のタイミングとか入院場所の説明といったもの。これは当り前のことですが3rd trimesterに説明をすべきとしています。

次にどういった時期にこういったケアを提供すべきかという話になりまして、それが最後の2つの表に出ておりますけれども、ここでまず、一番特徴的なのはほとんどの項目ごとの妊娠前の

preconception care, visit といったところに集約されていると思われれます。それら項目をあげていきますと医学的な問題、心理社会的な問題、全身所見、血圧、身長、肥満度といったものは妊娠前になされていることが望ましいというふうにしております。

検査に関しましても貧血の有無、血液型、細胞診といったものは妊娠前になされているべきである。腎臓に関連したことで尿蛋白、尿糖といったものも妊娠前にチェックをしていることが望ましい。感染症に関しましては風疹、梅毒反応、淋病の培養、B型肝炎、HIVに関してましても妊娠前に調べるのがいい。あと麻薬といったような違法の薬物に関しても妊娠前にチェックすることがいいとしています。そういったことで妊娠前の管理が非常に重要であるということが最初にあるわけですが、それをしまして妊婦検診の時期に入りますけれども、まず、検診の回数では初産婦と経産婦で初産婦では9回がよい、経産婦では7回でよいとしております。まず、第1回目の妊娠の初診ですけれども6週から8週が望ましい。理想的には8週までにということとその時点でいろいろな病歴の更新を（これは毎回やるわけですが、）した上で血圧、内診、乳房診察、検査ではさら尿培養、淋菌培養、HIVの検査といったものを行っている。これはpreconceptionに行われていない場合には例えば血液型、ヘモグロビンといったものはここで調べるということになるわけです。そして次の検診というのが14週から16週なのですが、その前に結果を確認するためにもう一度受診をすることになっておりまして、それは4週間後が望ましいとしています。受診というのは経産婦の場合には電話で済ませてもいいというような記載になっておりました。結果を確認の後に14週から16週で2回ないし3回目の受診になるわけですが、この辺から子宮底長の計測がスタートするということです。またここで母体の血清のAFPをチェックする。

続きまして24週から28週、ここで実際は10週間から12週間というふうにかなり間があいているわけですが、ここで出てまいりますのは血圧、脈拍のチェックです。中毒症を考慮して24週、28週からこういったものを調べる。胎位、胎向のチェックもこの頃からスタートするわけです。

検査としましてはこの時点で貧血をチェック、また糖尿病のスクリーニング、これを全例に対して行うということでございます。そのあとは4週間から8週あけて32週にまた検診を行うわけですが、ここから38週、39週ではmedicalなサービスとしては大きなことはございませんけれども、母親学級と申しますか、いろいろなカウンセリングの時期としましては、初産婦の場合には大体32週から38週の間いろいろなことを行う。そこで一番ミニマムなこととしましては、分娩の生理、分娩後の育児の問題であるとか、家族の役割といったものがここで落としてはいけないとされています。経産婦の場合は一度説明を受けている方であればこの辺はインテンシブにやる必要はないということで、その時期も経産婦の場合には36週から38週でいいというふうにしております。大体こういったような内容でございます。以上です。

武田：妊娠前の管理から一貫して管理体制だとそういうのをリコメンドしているようでございますけれども、主として妊娠になってからの予後予防が2、3我々のところと違うような感じもいたしますので、その辺をディスカッションの中心にしたらと思っておりますが如何でしょうか。

例えば検査というのは28週以降には検査ないんですね。全部検査ない。あと日常の一番の簡単なんでいうと悪いですけどもルーチンの検診とカウンセリングが中心になってきている。それが非常に大きな特徴のように思えますが。

高木：ちょっと追加させていただきますと、今、武田先生からご指摘があったように検査というものはあまり28週以降は出てこないわけですけども、これはひとつは毎回病歴の聴取をきちっとし

てというようなことが書いてございますので、その辺からスクリーニングをして恐らくhigh riskのケアといったものにスイッチしていくのではないかと思います。

岡井：質問なんです、この表の読み方なんです。例えば分かりにくいのは最初の表-1というのはちょっと特殊なんで表-2からですけどもパネルによる検討をしたかどうかですね。それでyesかnoか、関連性の証明というところは、例えば表-2であれば妊娠前のリスク評価として1番社会人口統計学データをリスク評価することによって妊娠の結果がよくなったかということについての関連性があったということですね。

高木：ここで病歴との兼ね合いですから積極的な働きかけをして改善があったということではないだろうと思います。そういったものは結末との関連性があったということで聞いたからどうこうということではなくて、聞いた内容との関連性があったというふうに解釈すべきかと思えます。

岡井：そうするとそこに書かれている内容と妊娠の予後との関連性があるというようなことと、それに対する評価をしたとか、あるいはこちらで行動したということの効果があったかどうかで両方も同じGとかPとかいうようなことで現されていますね。

高木：そうなんです。その辺が表の非常に読みにくいところで、ですからこの項目に関しまして例えば年齢をパラメーターにして予後を見ていった場合に年齢と予後との関連性があった場合におそらくGとしているのではないかと思います。改善可能なものに関しましてはあとで出てまいりますようないろんな介入をした上での有効性というような評価になっていると思います。その辺がちょっと分かりにくいのだと思います。

岡井：時期とか対象のところは検討した結果推奨しているということなんですか。この時期にやりなさい、この対象でやりなさいということを推奨しているというふうに考えていいんですか。

高木：そうだと思います。

村上：今の岡井先生の質問と同じなんですけれども、例えば表4-11ですけれども、これも医学的所見の一番最後の子宮頸部診察というのがありますね、これのタイミングが41週以降で検討した場合には結果値に関してはPoorであったということは時期が悪かったというふうな意味なんですか、それとも。

岡井：これは違うでしょ、さっきのあれと。Poorだったからもう41週以降でいいという結論になっているというふうに解釈しないと全部狂ってくる。是沢：また表の見方ですけれども、さっきのパネルによる検討のNというのを見ますと全部naになっていますね。

高木：そうです。

是沢：検討してないんじゃないですか。naというのは検討してない。

高木：してないんです。

是沢：検討しなかったから要するに全部削除という意味なんじゃないんですかね。

岡井：だから関連性の証明のところはnaなんですけれども、そのあとのところは何か一般的な常識的なものと他のことから適当なものをあげているんだと思うんです。

是沢：だからアメリカで一般的にやっているのはこういうことだよという。

高木：そうですね。

武田：他にございませんでしょうか。表の見方、よろしゅうございますか。

今のを具体的にやっていることについていかがでしょうか。小林先生なにかございませんか。

小林：ちょっと僕、今月ニューヨークのほうに行って、4月から行ってまいりまして戻ってきたばかりでアメリカの最近の妊婦診察というものをちょっと見てきたんですけども、実はHIVの母児垂直感染の研修で行って来て、向こうのほうでHIVの感染妊婦に対してどういう扱いをしているかということをお勉強してきたんですけども、

今、高木先生のこの中に妊婦診のいろんな診察はあくまでも正常を対象としているわけです。この中で僕が時に奇異に感じたのはなんでAFPを全例調べるんだということで、これは無脳児をスクリーニングするというで無脳児ならエコーは一切やらないんです。ルーチンでエコーやらないものですからよほど日本のほうがそういう意味では進んでいると思います。エコーを一切やらないために妊娠週数の決定ということも非常に曖昧なことが多くてそういう意味では日本のほうがはるかに進んでいる。日本でアメリカの妊婦診が全てこれがいいというふうに考えてその通りに従うことはまったく無意味だと思います。少なくともAFPのチェックはほとんどの病院で日本ではなされてないんじゃないかと思うんですけども、AFPに関してはやる必要はない。エコーに関してほとんど必要性をあまり重んじてないみたいです。けれどもやはりエコーの必要性は十分あるというふうに僕は考えております。

助産婦さんもいらっしゃるということで妊婦診特にhigh riskの妊婦診に関しては医者だけでは絶対に診ていけないということを痛切に感じました。特にHIVの妊婦さんをずっと診ていって、また、すでに分娩後の児と褥婦のフォローということに関しては産科医、小児科医、助産婦、向こうの看護婦さんにいろんなシステムがあっているような資格があって医者と同じように投薬できたり検査できたりするような資格のある看護婦さんがいるんですけども、日本でいえば保健婦、助産婦の上にもう1個あるような感じなんです。そういった人達、普通の看護婦さん、栄養士、ケースワーカー、そういったいろんな大勢の人が1つのグループをつくって診察している。日本と大きな違いは日本の場合には少なくとも僕が今までずっと見てきた病院では妊婦さんというのは何人も同じ部屋で診察されている。となりのベッドで違う妊婦さんがお腹だして診察されている。アメリカではそういうことは一切なくて特にHIVだから

そうなるかもしれませんけれども、すべて診察室は個室になっています。例えば15個室があってそれが全部妊婦診察室でそれぞれドアは完全に閉めきって鍵もかかるようになっている。そういうところで関係者が出入りしてやっている。アメリカと事情が非常に違うので一概に向こうのものを持ってきてこれがいい悪いというのを論じるのはちょっと無理があるかもしれない。妊婦室を非常に個人の秘密というものを重んじているものですかからそういったやり方になっているかと思うんですけども、日本ではとてもこういうふうにはできないなと思います。向こうのいい点もちろんこの高木先生の読まれた中には確かにいい点もあると思うんですが日本のいい点もやはりいっぱいあると思います。この会が発足するときに各9施設からの妊婦診の現状のそれぞれの報告があったと思うんですけどもその中でやっぱり優れたところもいくつかあると思いますし、それとアメリカのものの優れたところを取って、また日本の現状に則した妊婦診の見方というものが必要じゃないかと思います。

それから淋菌培養とか、日本ではあまり行われてない検査があるんですけども、トキソプラズマとかサイトメガロウイルスだとか結核だとか、あまりトキソプラズマに関しては日本では必要ないだろう、先天奇形はほとんどないじゃないかというふうに言われているくらいですけども、H I Vが今アメリカではかなり日本の比ではないですね。垂直感染で現在2千名を超えるperinatal pediatric H I Vというのが今明らかにCDCに報告されているだけでありまして、H I V感染妊婦の場合には淋病に罹る率、サイトメガロウイルスに罹る率、トキソプラズマに罹る率、こういったものが非常に高いんです。それから結核というものが非常に多くてそういったことでアメリカの場合には全例にスクリーニングしています。この辺はちょっと日本とは事情が違うところではないかと思います。感じたことをちょっと述べさせて

いただきました。

武田：ありがとうございます。他にございますでしょうか。

今、大体小林先生にまとめていただきましたですけれども、今日、これを読もうと思った理由はそういうところにあるわけで、日本の違いを認識していいところを取り入れて新しい妊婦検診の方策をきめよう、その資料にしたいわけでございます。

それでは前田先生にhigh riskのことをお話しいただいて総合的にお話しいただいたほうがよいかと思いますのでお願いいたします。

前田：Prenatal care for women at risk というものと、もう1つの章がありましてimplications of the Panel's report というのがあります。この辺はいわゆるリスクのある患者にどうしたらいいかということもあるんですけども、しかしかなり抽象的な話がありまして、その中から少しは役にたつかなというところをピックアップしたわけです。先程の高木先生のところとダブるところがあると思うんですけども簡単に説明しますと、リスクというのはmedical とpsycho-socialというのがあるわけですけども、まずmedical riskとassessmentということで、妊婦さんに対して情報はとるけれども、それは正しく認識して生かしているのかどうかというところが問題であるというふうな書出しで書かれております。先程もちょっといいましたけれども初診時の血液型というのをルーチンに調べるということというのは意味がないかもしれないというような書き方をしている。これはA B Oの話ですが、輸血前にはもう一度検査するからである。また、血液型という意味からするとR h式とか不規則抗体というのはもちろんリスクはある。サイトメガロを全例にやることは意味がないでしょう。ところが、ものすごく特殊なケース、急性感染を起こしたらしいというふうなケースには役に立つかもしれないという感じで、現行の検査というものがやられている



わけですけれども、やはりそのことを意味があるのかないのかというのはもう一度見直す必要がある。漫然とやり続けているところもあるんじゃないかというコメントです。

具体的にはパネルがどういうことをやったらいいかというのは、これも例示しているわけで先程の高木先生の話の中にもあったわけですけれどもリスクについてはまず医学的なリスクですが、重症度といつ出てくるのか発現の時期というのを考慮することが大切である。リスクの種類には2種類ありまして、患者に個別的に発生するリスクと患者の地域だとか集団特性のあるリスクがあるということです。例として、いわゆるNTD(neural tube defect)のスクリーニングとしてのAFPでの検査の時期とか、糖尿病は先程も出ましたが2nd trimesterの後半がいいとか、風疹抗体価はこの時期がいいとかということが書いてあります。しかし、なんでもかんでもリスクということではなくて例えば日本ではあまりないんでしょうけれども、いわゆる鎌状赤血球症の人というのは尿路感染のリスクが高くなるんだけれども、それだけの理由で尿路感染のスクリーニングを頻回に行う必要はないとかということが書かれております。しかし、一方ではインシュリンを必要とするような糖尿病患者というのは受診回数を多くしてその一度一度の管理というのを変更するとか強めるとか弱めるとかが必要である。

集団特性の強いリスクという意味ではSTDが代表で書かれていまして、若年者であるとか未婚とか流行地域に住んでいる人ではそのスクリーニングは頻回に行う必要があろう。少なくとも梅毒と淋病に関しては米国での話でしょうけれども妊娠初期と36週前後にすることが望ましいということです。それ以降はリスクを持った患者さんをどうするのかという話ですけども、まず、最初、妊娠管理のランク付けと書いていますが、医療を実行する人、医師とかその他ですけども、これをランク付けをしなくてははいけない。例えばイン

シュリンを必要とするようなDMの患者ではスペシャリストがみるべきであるし、一方、Rhの未感作例というのは別に特にトレーニングされた人でなくてもいい。そういうふうな医療サイドのランク付けというのも必要であるということです。

次の施設の問題ですけども、患者側がもっているリスクとか、リスクの種類とかがfactorとしてありまして、もうひとつはその施設がどういうサービスとケアを提供できるかということが問題なわけですけども、それはやはりきちっと区別をつけたほうがいい。あるケアが出来ない、そうするとやはりもうひとつ高いレベルの病院にreferするということが必要でしょう。早産について書かれていたのですが、確かに早産は早産のリスクであるというのもあるんですが、そのリスクをどうやってピックアップするというのは別の話として、予知が難しいような疾患でも、もしそういうことが起きたらどうするのかということまでも予めスタッフでディスカッションはしておきなさいというようなことです。

次がpsychosocial riskのassessmentです。これは重複していますので、そのようなリスクには社会的なもの、精神心理的なものと生活週間、これもアルコールとか、タバコとか薬物というのがあるんですがそういうものに分けられる。ここの部分でmedicalあるいはpsychosocialなリスクを持った患者さんにどう対処するかということについては先程からいろいろ話が出ていますけれども、当たり前のことですが患者と医療提供者の信頼関係がないといけない。それからやっぱりこのあたりで強調されるのは医師だけでは駄目であるということです。非常に妊娠の前であるとか、妊娠の初期であるとかいうところでリスクがあると言われた患者さんに対しては組織だった医療サービスが必要である。そういうチームを構成するメンバーとしてはprimary careを行う人、これは医師だろうと思いますが、その他看護婦、助産婦、精神科医、ソーシャルワーカー、ケースワーカー、

保健婦、栄養士、健康教育といいますが、ヘルスということに関して指導できるような人たちが組織化されて動く必要がある。先程もちょっといいましたけれども昔の時代のように、病気の人ばかり扱ってはいけないということが強調点でそういうふうなことじゃなくて経済的に非常に問題がある人であるとか、例えば子供が世話する人がいないから病院にかかれないう人もいるわけで、そういう人のリスクが非常に高いと思われるのでそういう人をどう扱うのかということが大切です。特にsocial care とかいうことに関しては地域とある連携を持つようにしてやらないとうまくいかないであろうということです。

次のもう一つの章に移ります。The implications of the panel's report ですが、実際に周産期の現場で医療をやっている、これからは具体的にどうしたらいいのかとか、あるいはリサーチという意味でもこういうところはやっぱりやり残されている部分があるのでこういうところをリサーチしたらよいというようなことをサジェストしているわけです。medical な診断とか治療とかいうことについてはmedical riskを持っている人に対して供給されるというのが一般の現状であるわけですが、ところがそういうmedical riskのある人がまだそういう医療サービスを受けてないという面もあるし、経済的な問題というのがある人はさらにそんな状況である。ということから公的な改善をしなくてはならないということが強調されているわけです。というのは所得が低いとかいう人に対する医療補助の拡大を推進する。これは行政の働きかけが必要なわけですが、しかし、こういうことをやった場合に有効性、特にコストの面から有効性があるのか、すなわちcost-effectiveness とうことについてはパネルの信じるころはpreconceptional とか、そういうレベルで医療サービスを行ったときに使うお金と、もし、そういうことをやらないで母体がおかしくなるとか赤ちゃんがおかしくなるとか家族がおかしくなるとか

いうことにかかるお金を比較する場合にやはり事前に医療サービスでやったほうがお金はかからないんじゃないかというふうになっています。ただし、そういうことで次の項目ですけれども、今後何かを調査するとか、何かを研究するとかということではこれがやり残されているというふうなことについてはprenatal care を行う有効性、例えばルーチンに初診にこられた時に全身所見をとるとかということがあるわけですから、それがいいのか悪いのか。それが有効なのかということについては全くデータがない。ことはとるのが難しいと思いますが。またpreconception visit の効果、これは新しい概念ですのでこれについても評価しなくてはいけません。また、一般にどこでも皆が理解しているリスクということについてもやはり評価が出来てない部分もあるということです。先程のリスク、岡井先生が話されたものと高木先生が話されたところでこういうリスクがどうのこうのというのがありますけれども、ここで本音をちょっと書いてありまして、リスクをあげているけれどもそんなに強い証拠に基づいているものではないというコメントがあります。やっぱり多くのどういうのをリスクとしてピックアップするのかということについては多くはトラディショナルな項目、つまり母体の死亡であるとか赤ちゃんの死亡とか、母児の罹病とかいうことを減らすためのものがほとんどなので、これからはこういうものだけでは不十分であるので例えば望まれない妊娠を減らすとか、幼児の虐待を減らすとか親である能力を改善するとか、これはアメリカでは特にティーンエイジャーに妊娠が多いというのが問題で、そういうことに対するリサーチも必要ではないかということです。

最後に医学的リスクとpsychosocial risk に対してどういう研究というリサーチが必要であるかということについていくつか代表的な疾患をあげて書いてありますが、preeclampsiaについてはまだこの病気自体がどのようなfactorでリスクを

予測できるかとか、もし出来るとすればいつできるのかとか、についてはまだリサーチが必要である。感染という意味では切迫早産と感染の関係、あるいは破水と感染の関係というの、もっと研究されなくてはいけないということです。

エイズについては先ほどお話がありました。胎児のほうではIUGRについてはいわゆるmedical なfactorではなくて、薬物、アルコール、喫煙という母体の習慣、あるいは母体の栄養とか仕事などの環境要因も加えて胎児の成長に与える効果を検討したほうが良いということです。遺伝性疾患や先天性の異常についてCVS、早期の羊水穿刺、臍帯穿刺などにつき、もっと有用性とか安全性ということについてレビューすべきであろうということです。

糖尿病についてもまだまだスクリーニングという意味で現行の負荷試験などがsensitivity, specificity とともに満足できるものではないのもう少しどうにかならんかというふうなことも書いてあります。

最後ですがpsychosocial risk に関する研究の必要性というところにおいては、これは日本もそうですけれども社会に女性がどんどん進出している。特に仕事を持っている女性が進出しているのに仕事あるいは職業と妊娠の関係というのがどうなるのかとか、また、そういうことも含めて家庭環境とかストレスとかということが母体に与える影響はどうであるのかというふうな研究も必要であるということを言っています。やはり未来のprenatal care というふうに書いていますけれどもベースというのはmedical であり、またpsychosocialであり、そういうケアを改善していく。改善していった、ただしベースにあるのはsocialなfactorで、その改善が必要だというのは十分にわかっていることなので、医療者側だけではなくなかなか改善できない問題もある。そこでそういうデータを出して、どんどん社会に働きかけると最後に書いています。社会とか行政に働きかけることが

必要であるというふうなことで締めております。以上です。

武田：ありがとうございます。

以上でhigh risk の場合のアメリカでの評価を言われたわけですが、この章だけでも結構でございますし、全体を通してご質問、コメントを頂戴いたしたいと思います。

斉藤：私どものところでもむかしから出稼ぎにいった人が帰ってきて、そういうのはリスクだ、どっちかというところとそういう人達がおかしくなって帰ってきているというのは前から言われているわけです。それだけでなく東京だけではなくですけども我々の田舎でもフィリピンとかタイの方とかいろんな方々がおられます。そういう外国人の方々が日本で働くのが多くなってきた。それも若い人達がかかりきている。日本人の出稼ぎの場合でも昔は旦那さんだけが行っていたのだけれども最近ではご夫婦でいくということになりますとやはり今このレポートを読ませていただいてこれは社会情勢が米国の場合と日本では違うんだからこういうことが、ことさらに取り上げなければならぬことがこんなに違うのかというふうになんか漠然と読んでいたのですが、どうも日本も将来同じような状態になるのではないかというふうに思うんです。そうしますとそのような、いわゆるpoorといいますが、psychosocialに、あるいはeconomicalにどちらかというところlow の人達に対する施策というものを含めてこういう妊婦検診のやり方も今から考えておく必要があるのではないかなという意味で報告は非常に参考になると思えました。その中にpreconceptional risk assessment のやり方として先程からお話聞いておりました中には入ってきてなかったと思うんですけれども、確か、私ざっと読んだところではそういう検診が一般検診、学校の検診とか、職場の検診とか、あるいは結婚前の検診とか、そういう一般検診の中に母性になる人に対する検診も含めて検診体制をつくっていかねばならないというようなこと

を確かこのレポートの中にどこかにあったような見受けられたのですが、そういうのはやっぱりこれから日本の場合には考えておく必要があるのじゃないかと思いました。

もう一つはさっき小林先生もおっしゃいましたが我々が一時代前にやっていたドブラーとかがルーチンに入ってきている。それでいて私たちが普通にやっているエコーを使っても妊娠週数の確認と胎児の発育の確認ということが必要なケースにしかやってないということを見ますと、どうもここで採用されている方法がそのまま日本にぼんと入るにはちょっと問題があるのではないかなというふうに私もそう思いました。コメントみたいな妙なことになりましたが帰る前に一言感想を言わせていただきました。

武田：ありがとうございます。

木下：妊婦検診のいろんなチェック項目と確かに先生方のご指摘のように外国では非常に我々がやっているのに比べますとマンゲルというかずいぶんこんなのでいいのか、しかし結果、つまり児に対する結果、母体の妊婦死亡率等の少なさ等を考えますと外国でやはりこういうふうなことをやってももっと我々よりいい、つまりヨーロッパ、スウェーデンなどでは世界一妊産婦死亡率が少ないし、私も実は埼玉県でこんなことにちょっと関係しているものですから妊婦検診をどのぐらいの頻度でやるかというのを調べたのですけれども日本が大体14~15回平均になると思いますが、向こうは大体7~8回ぐらいである。しかし結果はどうも向こうのほうがいいんです。どこが違うのかというふうなことで、最終的にはこういうふうな最も簡単なほうにいくほうがいいのではないかなという気がするんですが、じゃあ、どうして違うのかというのとちょっとよく良く分からないんですけどもやはり施設分娩と申しますか、大きな大学でありますとか、産院でありますとか、本当に初期からそれこそpreconceptional なときからも含めまして管理し初期にちゃんときちんとevalua-

tionして最後まで管理するというふうな施設においては、あるいはこんな程度でいいのかもしれないという感じがするんですが。しかし、実際に私たち埼玉県などをみますとまだかなりのところで日本の医療の実情からいたしますと個人の先生方がやっていたらっしゃるし、またそれは育ててくたはいけないという背景があるわけで、そういった実情を考えますとやっぱりかなりきめ細かく日本ではやっておいたほうがいいんじゃないかなという気がするんです。従って日本ではもっと厳密にという意味はそういうバックグラウンドが若干違うんじゃないかなという気がするんで、最終的にはこうなったほうがいいんじゃないかなという印象をもっております。

次々で申し訳ないんですが、私たちのところでもやはり最初からきちんと見ていますとほとんど生意気なことをいいますが修正周産期死亡率はゼロになるし、妊産婦死亡率ももちろんありませんという状況になる。ずっと見てまいりますと結局妊娠前で問題になるのは早産になってしまうのをどうやって早く発見するかとか、IUGRになってしまうのをどのへんでどう見つけて、また管理するかとか、高血圧が起こるのはかなり早く出てくるのがいますから、それから血栓性静脈炎みたいなもの、あるいは肺塞栓などを早く見つけるにはどうしたらいいとか、あるいはinfectionとか非常に限られたものに集約されてくるように思うんです。そうするとそういうふうなものをどうやって早く見つけるかというようなことが今後の、今までのルーチンの検査項目は別としてそれ以外には今のような問題点に対する検診項目、時期と内容に関して見ていくというのは今後の我々日本における妊婦検診としては一番大事ではないかなという印象を持っております。

武田：ありがとうございます。非常に重要なご指摘いただいたように思うんですが、いかがでしょうか。

本多：今、木下先生のいわれた妊婦検診の効率で

すね。日本の場合はたしかに母子健康手帳のスタイルをみますと平均すると12~13回は収まらない検診を受ける。それが全てとはいいませんけれどもこれですと標準の回数が初産婦で9回、経産婦で7回というような記載になっています。それで十分な効率があがっているとすると、ことによたら我々は少し過剰サービスをしているのではないかという気もせざるを得ないです。日本のレベルがどうなんだという話になってくると私自身は先程からお話を聞いている限りは決してレベル的にアメリカに比べて低いとは思いません。そうするとどこが違うのか、それが妊産婦死亡率とか周産死亡率のほうへ影響してくるのかという話になってくると大変難しいですが、最終的には私はやはりいわゆる定期健康診査の普及ということを今現在以上に普及させなくてはいけないし、低いものを高めていく。上は上限はやや高いところまでということじゃなくて少し過剰なぐらいにまで回数的にもいっていますから、そういう点では今木下先生言われたように低い階層、low class というものがなんとか救えないか、拾えないかというふうにもっていきたいと思います。これは確かに今読んでいただいた内容やなんかでもヘルスサービスに対する専門家チームというのが提唱されてきましたが、これは大変大賛成です。精神科医を含めてソーシャルワーカー、保健婦、栄養士、健康教育専門家というようなチームができていますけれども、この文章の中には助産婦という言葉が出てこないのです、これはアメリカの特異性なんだろうと思いますが、私どもの考え方とすればやっぱり健康教育、日本における母子に関する健康教育の専門家ということ助産婦該当するはずなんです。ドクターのほうはどうもあれなんですけれども助産婦さんのほうがこういう方面へどんどんもっと活力をもって進出していただきたい。これは是非提言の中に入れてほしいと思います。坂田：先程から先生方のご意見を拝聴いたしておりました私の考えは今まで先生方おっしゃったこ

とと同じなんです、今の話で母子健康手帳が日本で非常に普及している。私ちょうど向こうにいたころに言われたのはアメリカというのは非常にlow class もいれはhigh classもいて非常に階層が多いんです。その多い階層の中で高いレベルの人はいいんでしょうけれども例えば無月経という言葉すら知らない人も多いということを知りましたし、そういうことからいって初めてぱっと来たときにすぐ診断しなければいけない。そのためにいろんな検査ですとか、最初に見たときに胎児がどうである、母体がどうであるということもそのあとの管理のチェックというのが非常にアメリカは発達している。日本は初めから母子健康手帳というのが発達しておりまして、どこへいって見てもみらなくても見ればすぐ分かるというようなことで大変優れているということでアメリカに逆に母子健康手帳を導入すれば、アメリカの周産期死亡率だとか母体の死亡率ももっと減るだろうというようなことを今から10年くらい前に言われたことがある。そういうところで日本は非常に進んでいる妊婦検診をしている、定期検診ではしているというふうに思っていたんですけども、実際は私は日本に帰ってきましてか日母に4年ほどお世話になっていたんですけども、その時にはそういうものは全然駄目だと、非常に日本も周産死亡率も低いということでどういうふうなことだというのが今本多先生がおっしゃった。そういう部分はやはり妊娠前の検査というのは日本ではほとんどなされてないですね。これはやはり先程の斉藤先生のご意見に非常に賛成なんです、そういうふうな内科のお医者さんのところでそういうチェックをする場所、そういうものがひとつ日本で普及すれば、妊娠前の検査が非常に大事だと、それをすると木下先生がおっしゃられたような中毒症の問題、IUGRの問題、早産の問題、そういうものまで大体予想できるようなものが出て来るかもしれない、その辺が今後我々やらなければならないのではないかと。妊娠前の検査を重視したいと思

ます。

武田：ありがとうございます。他にございますでしょうか。

高木：この報告の一番の特徴というのは恐らく preconceptional にリスクを見つけていくというようなところが大きいのであろうかと私は感じたわけですが、それはひとつは本多先生がまとめられた日母の母体死亡の統計をみましても内科合併症、例えば心疾患弁膜症といったものが母体死亡でかなりのウェイトを占めるということでそういったものはおそらく妊娠前にもう少し内科的にスクリーニングするようなことをすれば恐らく拾えたのではないかと思います。後は平成元年度に参加9施設の妊婦検診の内容というのは調べさせていただいたのですが、それでもひとつ言えることはpostconceptionalと申しますか、妊娠してからの管理に関しては先程からご指摘のあるようにほとんど100%の施設で超音波の検査を行っているというようなことで胎児管理といったことでは非常に進んでいるとあっていいと思うんですが、逆に内科的な管理に関しましては妊娠後でも例えば全身所見をとる、心電図をとる、胸部X線を撮るといようなところは1割ぐらいにしか満たないということで、おそらく今後はpreconceptionalな管理と同時に、それがもし出来ない場合でも妊娠の初期に内科的な管理またはスクリーニングといったものを盛り込んでいくということが必要ではないかというふうに思いました。

大沢：今の妊娠前の健康管理の件なんですけれども、今は高校にいてる人が90%以上になっておりますが、学校保健と産婦人科との連携とか、助産婦の連携というのはあまりないんです。そういうものをもう少しうまく利用すれば何か出来るんじゃないかと思っています。

武田：大変貴重なご意見いただきました。どうぞ上妻先生

上妻：アメリカと日本の妊婦検診の差ということについて先程から議論がありましたけれども、ち

よっと考えてみたんですけれどもこの差というのは多分リスクということに対する考え方の違いだと思うんです。向こうは本当にクリアにリスクというのを考えていて、リスクのない人というのはこういう検診で十分だ、7回か8回ぐらいで十分だというような感じだと思うんです。日本ではそうではなくてむしろ悪い人に合わせてそれと同じようにどんな人でもやれるというような形だろうと思います。リスクをどのぐらい厳密に考えて、それをどのぐらい統計的な事実に基づいてやるかということは今後やっていくと日本のやり方も変わっていく必要があるのかも知れないというふうに思います。

武田：リサーチ・クオリティの問題ですね。どうぞ、中林先生

中林：やはり私も昔のことを考えますと産婆さんというようなものが地域に根づいておせっかいおばあさんのような方がいろんな病気とか、また高齢の人が妊娠したとかそんなときにいろいろお節介といつかいろいろケアをしてきたわけです。今重要なのはやはりドロップアウトしている人達をいかにして見つけだしてケアするか。そういうことが自発的に病院にくる人達はいま木下先生も皆さんおっしゃったように大体あまり問題が起きないわけです。初期でも検査がいろいろ出来るという状態ですが、それすら来ない人達がやはりいつもトラブルを起こすわけです。そういう人達を見つけたすというのはやはり今であれば助産婦さん、保健婦さんの役目がそういうところをもう少し地域に根ざした医療というものをどうやってもっていったらいいかということを考えていけば、コスト・パフォーマンスというものがもっと日本でもよくなるのではないかというふうな気がするんです。

武田：ありがとうございます。

木下：上妻先生ご指摘の通りの面があると思うんですけれども、統計的にリスクがまったくないのは本当にリスクがないということになるからこう

なるには違いないですが、実は今日僕は、この班ではないんですけどもご招待いただいたので入ってきたわけで妊産婦死亡の予防の対策というふうな班であるということとぜひそれだったら一言言わせていただきたいというふうなこともあって出て来たんですけども、それは最近我々のところで非常に気がつきますことは血栓性の肺塞栓によって死亡するかあるいは早く発見されてないとか助かったというのがこのところ立て続けに数例ございまして、そういうふうなことが背景として何があるかという非常に血液の濃縮状態というのが大体その前にあるんです。これは実は普通妊婦検診のときのような血液の血算の結果を読むときは貧血ばかりを診ておましてヘモグロビン14g/dlとかヘマトクリットが40%以上もあるとこれは非常に血が濃くていいというふうな見方をすることが大部分だと思うんですけども、それは大変にハイリスクなことであるように思っておりまして、それは妊娠中毒症のベースにもなりましょうし、血栓性静脈炎、あるいは深部静脈血栓から肺塞栓というような前触れでもあるというふうなこともありまして、我々、埼玉県ではその辺のところをキャンペーンという大袈裟ですけどもぜひそういった方の視点でみるようにというふうなことを常々いっております。そんなことで上妻先生がリスクはまったくないためにこんな簡単な検診なんだというふうなご指摘は確かにそうだと思いますが、そういう簡単な検査でももうちょっと頻回に入れると、途中で、つまり初期はまったく問題ないけれども中期以降になるとなんか出てくるというふうなものもありますので、ちょっと話が焦点ボケしちゃった感じがしますがけれども、こういう検診のときの具体的な項目の中にそんなふうなことも今後ぜひ加えていくというふうなことも今後ぜひ加えていくというふうな視点も大事じゃないのかなというふうに思いましたので発言させていただきます。

村上：今日この席に参加させていただきまして特

preconception careということに対して非常にいい勉強というか考え方を新たにさせてもらいました。それに関してなんですが、このような健康管理そのものの機会は実に妊娠に限ってしないといけないとかそういうものじゃなくて、本来は全ての人が自分の健康管理というので責任をもってすべきものであるとそういう立場なんですけれども、そういう意味でも保険診療制度の問題から考えまして、こういうものは保険が通りません。それではという段階において産科医サイドから皆さんに自分の健康管理はちゃんと自分でしなさいよという啓蒙をより一層やっていくか、あるいはやはり行政面への働きかけということで何とか費用の面を工面するといいますが、例えば分娩手当がありますね、そういうふうなお金をこういうふうな健康管理の面で一部分をそちらのほうに回していただくとかそういうふうないろいろな配慮をこの研究班でもって働きかけていただくとありがたいなと思っております。

もう一つ話しはかわるんですがハイリスクというものなんですけれども妊産婦死亡ということがいまだ減らないというふうな話がちらっとでたのでコメントさせていただきますが、実は我々の病院では非常にリスクが高い人を扱っております。心臓の弁置換をした人だったり、今までは到底昔では考えられなかった症例を預かってるが故によりそういうふうな意味からは逆に妊産婦死亡が増えているということもあるのではないかなというふうに思っています。

武田：今、最後の話にでましたextremely risk patient というのは別に考えなくてはいけません。これはgeneral hygiene からいいますと非常に高い位置を占めるんです。そういう問題とか、高年の問題なんていうのはひとつの別のプロジェクトとしてあるんだろうと思うんですけども先程から沢山出ておりますように日本のmedi-care といいますが産科のmedi-care というのは決して低い

ものではない、非常に高いし、あるいは場合によっては減らせるのではないというご意見も出ましたけれども、やはり欠けてますのはcooperativeといますかcoordinativeといますか、他科との連携というのが少し現状の医療、あるいは保健システムでは抜けているのではないか。それがうんと演繹しますと、先程話題にでましたように高校の学校保健という問題をうまくつなげますとそんな情報は出るんじゃないかとか、大変貴重なご意見だったと思うんですが、そういうことが積み重なった中で母子保健、あるいはこの班の具体的な目標は母子健康手帳の改善ということですけども、運用面ですぐいぶん今日のお話は得ることがあったと思っています。

最後に本多先生におまとめいただきまして会を終わりたいと存じます。

本多：本日まとめていただきましたこのディスカッション、最後にいろいろな提言も出ておりますが、まさにこの班の提言としてそのまま受け止め

てもいいものになるのじゃないかと思います。最後におっしゃられました公的扶助の問題については、どうしてもレベルアップしていくためにはファイナンシャルサポートというものが必要なことだと思うんです。行政の当局としても十分分かっていると思うんです。分娩手当を流そうなんというのはちょっとけちな話でして、それとは別に大規模な形でのヘルスプロモーションのファイナンシャルサポートというのを行政に要求していかなければいけないと思うんです。

お蔭様で本日は大変よいディスカッションができて、今年度の本研究班の報告書のかなりの部分ができたような気がいたします。事務当局にお願いして先生方のところへ速記録がまわると思いますけれども、その節にはひとつよろしく願います。

どうも本日はありがとうございました。

武田：どうもありがとうございました。